

Reumasairauksien kirurginen hoito

Yhteenveto ja johtopäätökset SBU:n (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik) raportista n:o 136 "Reumatiska sjukdomar - kirurgisk behandling", Tukholma 1998.

Suomeksi toimittaneet Kristian Lampe ja Martti Teikari (FinOHTA)

- [Johdanto](#)
- [Kirurginen hoito](#)
- [Tieteelliset perusteet](#)
- [Organisaatio ja kustannukset Ruotsissa](#)
- [SBU:n johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset](#)

Johdanto

Reuma on yhteisnimi noin 80:lle yleensä tulehdukselliselle sairaudelle, jotka useimmiten ilmenevät nivelissä ja selässä, mutta myös jänteissä, lihaksissa, sidekudoksessa ja luustossa. Sairaudet voivat aiheuttaa jatkuvaa särkyä tai kovia kipuja ja turvotuksia. Näiden vuoksi käsivarsien, sormien ja jalkojen liikkeet rajoittuvat ja arkinen toimintakyky heikkenee. Tätä heijastaa osaltaan se, että Ruotsissa puolet kaikista ennenaikaisista sairauseläkkeistä aiheutuu tuki- ja liikuntaelinten sairauksista.

Reumasairaudet ovat useimmiten kroonisia. Ne voidaan parantaa vain harvoin, mutta niitä voidaan usein lievittää tehokkaasti. Reumasairauksien syyt ovat enimmäkseen tuntemattomia. Niveliin vaikuttaville reumasairauksille on yhteistä, että nivelkalvo on tulehtunut. Ei tiedetä miten ja miksi tämä tapahtuu, mutta tutkijoiden piirissä vallitsevan käsityksen mukaan nivelsairauksien taustalla ovat häiriöt immuunijärjestelmässä.

Koska useimmat reumaattiset sairaudet ovat pitkäkestoisia, taudin voimakkuuden ja vaikutuksen laajuuden vaihdellessa eri aikoina, hoito suuntautuu useimmiten oireiden lievittämiseen sekä kuntoutukseen, jolla sairauden etenemistä hillitään. Nykykäsityksen mukaan hoito ja kuntoutus tulisi aloittaa aikaisin. Ne edellyttävät lääketieteellisten, sosiaalisten, teknisten, psykologisten ja kasvatustieteellisten alojen yhteistä panosta sekä muutoksia työelämässä.

Ongelmia hoidetaan monella tavalla, mm. lääkkeillä, lääkintävoimistelulla, toimintaterapialla, erityisruokavalioilla ja ilmastohoidoilla. Lisäksi on olemassa monia vaihtoehtolääkinnän hoitomuotoja. Kun toimintakyvyn alenemista ja kipuja ei pystytä edellisillä keinoilla riittävästi

estämään, voidaan käyttää myös kirurgisia hoitoja.

Kirurginen hoito

Tämä raportti keskittyy kirurgisen hoidon tieteellisiin perusteisiin seuraavien reumasairauksien aiheuttamissa muutoksissa: krooninen niveltulehdus (*nivelreuma* eli *reumatoidi artriitti*), hilsetystautiin eli psoriasikseen liittyvä niveltulehdus (*psoriaasiartriitti*) ja selkärangan niveltulehdus (*selkärankareuma* eli *Bechterewin tauti* eli *spondylartriitti*).

Nivelreuma on yksi tavallisimmista kroonisista sairauksista Ruotsissa. Sitä sairastaa noin 60 000 henkilöä. Vuosittain todetaan arviolta 2 000 - 4 000 uutta tapausta. Valtaosalla nivelreumaan sairastuneista taudin eteneminen pysähtyy ja sitä voidaan hallita lääke- tai muulla hoidolla. Pienemmällä ryhmällä tautimuoto on vaikeampi ja kirurginen hoito voi tulla kyseeseen.

Psoriaasiin liittyvä niveltulehdus on yleensä lievempi, mutta voi edetä suunnilleen nivelreuman kaltaisesti. Taudin yleisyydestä ei ole luotettavia tutkimuksia, mutta vuosittain tietty osa tautia sairastavista hoidetaan kirurgisilla toimenpiteillä.

Selkärangan niveltulehdus puhkeaa useimmiten suhteellisen nuorena, 15-30 vuoden iässä. Tutkimusten mukaan tauti on Ruotsissa noin 60 000 henkilöllä.

Tavallisimpia reumakirurgisia toimenpiteitä ovat sairaiden nivelten korvaaminen tekonivelillä, tulehtuneen nivelkalvon ja/tai jännetupen poisto, hermokudoksia painavan tulehtuneen kudoksen poisto sekä kipujen lievittäminen tiettyjen nivelten jäykistysleikkauksilla.

Eräissä henkeä uhkaavissa tilanteissa reumakirurgiset toimenpiteet ovat lähes välttämättömiä. Useimmiten kirurgisen hoidon tarve perustuu kuitenkin potilaan vaivoihin ja toimintakyvyn alenemiseen, potilaan omaan motivaatioon leikkauksen suhteen sekä arvioon siitä, kuinka tuntuvasti toimenpiteellä voidaan parantaa potilaan elämäntilannetta: lievittää kipuja, ehkäistä tilanteen huononemista ja parantaa toimintakykyä. Reumakirurgian tavallisin yksittäinen indikaatio on vaikea kipu.

Tieteelliset perusteet

Reumakirurgista toimintaa on monesta syystä vaikea arvioida, muun muassa siksi, että taustalla oleva reumaattinen sairaus on krooninen ja se voi ilmetä useassa nivelessä myös kirurgisten toimenpiteiden jälkeen. Sen paremmin sairaudenkuva kuin kirurgiset toimenpiteetkään eivät ole vakioituja, vaan vaihtelevat potilaasta toiseen. Lisäksi on vaikeaa erottaa reumakirurgisen toimenpiteen vaikutusta muun samanaikaisen hoidon vaikutuksista. Vaikutusten arvioinnissa on myös vaikeaa ottaa huomioon reumakirurgiassa tapahtuva nopea tekninen kehitys, kuten käytettävien keinoitekoisten osien jatkuva

muuntelu.

Siksi on ymmärrettävää, että kontrolloitujen ja vertailukelpoisten tutkimusten tekeminen reumakirurgian alalla on nykyisellään lähes mahdotonta. Tieteellisen kirjallisuuden tarkastelu osoittaa saman. Valtaosa arvioinneista perustuu potilaan tilanteen tarkasteluun ennen ja jälkeen leikkauksen. Tällaisen retrospektiivisen analyysin luotettavuudessa on puutteensa. Alan tieteellinen perusta on siis heikko.

Käytettävissä olevat tutkimukset osoittavat kuitenkin melko yksiselitteisesti, että reumakirurgiset toimenpiteet usein vähentävät kipuja ja parantavat toimintakykyä. Seuraavassa selvitetään lyhyesti joidenkin tärkeimpien toimenpiteiden vaikutuksia.

Kaularangan nikamien epävakaus (instabiliteetti) tai virheasennot ovat tavallisia nivelreumassa ja voivat vaikuttaa hermojuuriin ja selkäyttimeen. Näitä tiloja voidaan usein menestyksellisesti hoitaa reumakirurgialla. Leikkausten vaikutuksia selvittävät tutkimukset on usein tehty pienellä potilasjoukolla. Ne osoittavat, että neurologisia oireita ja kipua voidaan vähentää noin 80 prosentilla leikatuista potilaista. Komplikaatiot ovat tavallisia mutta lieviä. Hyvin pienellä osalla potilaista oireet voivat tosin vaikeutua leikkauksen seurauksena.

Olkanivel sairastuu nivelreumassa usein. Kirurgisen hoidon vaihtoehtoja ovat nivelkalvon poisto taudin varhaisessa vaiheessa tai tekonivelen asettaminen myöhemmin. Hoitojen pitkäaikaisia vaikutuksia koskevat tieteelliset tutkimukset ovat kuitenkin rajoittuneita. Kolmesta neljään vuoteen kestäneet seurantatutkimukset osoittavat silti, että 80-90 prosentilla leikatuista kipuja voidaan lievittää tai kivut voidaan poistaa kokonaan ja että komplikaatiot ovat näissä leikkauksissa harvinaisia.

Kyynärpään kipua, epävakautta ja liikkuvuuden rajoittumista voi usein ilmaantua reumasairauksissa jo suhteellisen varhaisessa vaiheessa. Tavallisin kirurginen hoito on tulehtuneen nivelkalvon poisto ja/ tai tekonivelen asentaminen. Retrospektiivisissä tutkimuksissa on osoitettu, että nivel voidaan saada kivuttomaksi 90 prosentilla leikatuista. Komplikaatiot ovat suhteellisen tavallisia, mutta ne voidaan käytännössä aina hoitaa tai ne paranevat itsestään.

Rannenivelen kipu ja virheasennot voidaan hoitaa poistamalla tulehtunut nivelkalvo tai jännetuppi tai jäykistämällä nivel leikkauksen avulla. Tämän on osoitettu vähentävän kipuja sekä parantavan käden toimintakykyä puristusvoiman lisääntyessä. Rannenivelelle ei kuitenkaan vielä ole käyttökelpoista proteesia.

Kädessä nivelreuma aiheuttaa usein kipua, virheasentoja ja liikkuvuuden vähenemistä. Ongelmia voidaan hoitaa monella reumakirurgisella menetelmällä, mm. jäykistysleikkauksella, poistamalla tulehtuneita kudoksia, vapauttamalla hermoja ja asentamalla tekoniveliä. Monien kirurgisten toimenpiteiden on osoitettu parantavan tuntuvasti käden toimintaa, mutta ei ole yksiselitteisiä tuloksia, jotka osoittaisivat tehokkaimman leikkaustyyppin.

Noin kolmanneksella reumaa sairastavista on ongelmia **lonkassa**, useimmiten kipuja, leposärkyä ja kävelyvaikeuksia. Tekonivelen asentaminen poistaa kivut ja parantaa liikkuvuutta useimmilla potilailla.

Polvinivelen tulehdus esiintyy tavallisesti nivelreuman myöhäisemmässä vaiheessa. Se voi aiheuttaa kipua, turvotusta, virheasennon ja kävelyvaikeuksia. Monia näistä ongelmista voidaan hoitaa hyvin tuloksin ja reumakirurgisilla toimenpiteillä on harvoin komplikaatioita. On myös osoitettu, että kortisoni-injektioilla on sama vaikutus kuin tulehtuneiden kudosten poistolla, toisin sanoen molemmilla menetelmillä voidaan vähentää kipuja sekä parantaa liikkuvuutta.

Nivelreuman vioittama **nilkkanivel** voidaan hoitaa kirurgisesti joko jäykistysleikkauksella tai tekonivelellä. Jäykistysleikkauksen on osoitettu vähentävän kipua tehokkaasti, mutta siihen liittyy komplikaatioiden riski. Sitä pidetään kuitenkin toisinaan parempana, sillä proteesi voi irrota tai infektoitua.

Jalkaterän nivelissä nivelreuma ilmenee usein. On osoitettu, että jalan keskiosan jäykistysleikkaus voi poistaa kivut ja parantaa kävelykykyä. Jalan kärkiosaa voidaan myös hoitaa monilla reumakirurgisilla toimenpiteillä. Jalkaterän alueen toimenpiteiden pitkäaikaiset vaikutukset tunnetaan kuitenkin huonosti.

Organisaatio ja kustannukset Ruotsissa

Ruotsissa on 12 000 - 15 000 henkilöä, joilla on vaikea reumaattinen sairaus. Noin 3 000 henkilöä hoidetaan vuosittain erilaisilla kirurgisilla toimenpiteillä*.

*Suomessa reumaattisten sairauksien hoitojaksoja, joihin liittyi kirurgisia toimenpiteitä, oli yhteensä 4 200 vuonna 1997 (lähde: Stakes/ Tilastot ja rekisterit)

Reumakirurgia on Ruotsissa keskitetty keskus- ja lääninsairaaloihin. Toiminta on jakautunut suhteellisen tasaisesti kautta maan yhteensä 64 ortopediseen ja käsikirurgiseen yksikköön. Kaikkiaan noin 40 lääkäriä on erityiskoulutus reumakirurgiaan ja erityisiä leikkausresursseja on koko maassa yhdeksässä klinikassa. Yli puolet reumakirurgisista toimenpiteistä tehdään ortopedisissä klinikoissa. Noin 40 prosenttia toimenpiteistä kohdistuu käteen. Seuraavaksi tavallisimpia kohteita ovat lonkat ja polvet.

Odotusaika leikkaukseen on Ruotsissa tällä hetkellä noin 5-6 kuukautta. Tilanteen parantaminen näyttää mahdolliselta mm. organisatoristen ja rakenteellisten muutosten avulla, ensisijaisesti keskittämällä vaativia reumakirurgisia leikkauksia ja hajauttamalla yksinkertaisempia toimenpiteitä.

Reumakirurgian suorat kustannukset ovat Ruotsissa noin 175 miljoonaa kruunua (n. 120 miljoonaa markkaa) vuodessa. Kirurgisten toimenpiteiden kustannusvaikuttavuutta ei tunneta, mutta se voi olla merkittävä, jos toimenpiteet vähentävät sairauslomien, varhaiseläkkeiden ja/tai koti- ja kuljetuspalveluiden tarvetta ja siten kustannuksia.

SBU:n johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset

Reumasairauksien kirurgista hoitoa käsittelevä tieteellinen kirjallisuus osoittaa, että arviointimenetelmissä on paljon parantamisen varaa. Hoitotuloksia arvostellaan nyt enimmäkseen kertyneiden kokemusten ja kontrolloimattomien tutkimusten perusteella. Uusien, reumasairauksien hoitoon käytettävien kirurgisten menetelmien arviointi kontrolloitujen tutkimusten ja pitkäaikaisseurannan avulla on tärkeää. Tämä edellyttää kansainvälisesti yhtenäisten ja validoitujen menetelmien kehittämistä toimenpiteistä saatavien hyötyjen arviointiin.

Myös menetelmät, joita lääkintävoimistelijat ja toimintaterapeutit käyttävät ennaltaehkäisyssä ja leikkausten jälkeisessä kuntoutuksessa, ovat paljolti vailla tieteellistä perustaa. Myös näitä menetelmiä tulisi arvioida, jotta voitaisiin ratkaista, mikä on potilaalle parhaaksi.

Vielä kehittämisvaiheessa olevia reumakirurgian alueita, kuten olka-, kyynär- ja nilkkanivelten protetiikkaa, tulisi harjoittaa vain sellaisissa paikoissa, joissa voidaan tehdä seuranta- ja arviointitutkimuksia. Alalla toimivien tulisi myös kantaa enemmän vastuuta proteesimateriaalien ja leikkausmenetelmien valinnasta.

Reumasairauksien kirurgisen hoidon tarve ei näytä olevan tyydytetty. Arvio perustuu kuitenkin nykyindikaatioilla tehtyihin kirurgisiin toimenpiteisiin, joiden tuloksilla on heikko tieteellinen perusta. Ruotsissa on erityisosaamista useampienkin potilaiden hoitamiseen, mutta mahdollisuuksia rajoittaa eniten resurssipula leikkausyksiköissä.

Reumatologian erikoislääkärin ja tarvittaessa reumakirurgin tulisi arvioida kaikki etenevää nivelreumaa sairastavat potilaat kirurgisten toimenpiteiden mahdollisen tarpeen selvittämiseksi.

Reumakirurgian kokonaiskulut Ruotsissa ovat noin 175 miljoonaa kruunua (n. 120 miljoonaa markkaa) vuodessa, tai noin 40 000 kruunua (n. 27 000 markkaa) leikattua potilasta kohden. Summa tulee suhteuttaa monien potilaiden parantuneeseen mahdollisuuteen elää itsenäistä elämää. Kustannukset tulee suhteuttaa myös niihin tukitoimiin, joita nämä henkilöt muussa tapauksessa tarvitsevat kunnon vähitellen huonontuessa ja avun tarpeen kasvaessa.

Alkuperäinen raportti:

Reumatiska sjukdomar - kirurgisk behandling.

Volym 1 - Sammanfattande analys av området

Volym 2 - Systematisk litteraturoversikt

SBU rapport nr 136/1&2. SB Offset AB, Stockholm 1998.

Raportin projektiryhmä:

Paul Blomqvist, ekonomi, laill.lääkäri, Karolinska Institutet, Tukholma
Ulf Haglund, professori, Akademiska sjukhuset, Uppsala (pj.)
Kaj Knutsson, dosentti, Universitetssjukhuset, Lund
Göran Lundborg, professori, Universitetssjukhuset, Malmö
Lars-Åke Marké, terveystaloustieteilijä, SBU, Tukholma
Ola Nived, dosentti, Universitetssjukhuset, Lund
Urban Rydholm, dosentti, Universitetssjukhuset, Lund
Christer Sollerman, dosentti, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg
Björn Svensson, dosentti, Helsingborg

Tieteellinen tarkastus:

Ingiäld Hafström, dosentti, Södersjukhuset, Tukholma
Sune Johansson, dosentti, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Olle Nilsson, professori, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Göran Sjödén, dosentti, Huddinge sjukhus, Tukholma

Tilaus:

SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik)
P.O.Box 5650, S-114 86 Stockholm, Sverige
Puh: +46 8 412 32 00 Fax: + 46 8 411 32 60
Email: info@sbu.se

Raportti on maksullinen.

TAseloste-sarjassa on ilmestynyt:

3/98: Reumasairauksien kirurginen hoito
2/98: Sairauksien ehkäisy antioksidanteilla
1/98: Sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisy väestöön kohdistuvilla ohjelmilla
2/97: Neuroleptihoito
1/97: Estrogeenihoito
2/96: Syövän sädehoito
1/96: Luun tiheyden mittaaminen
1/95: Eturauhassyövän joukkoseulonta

Selosteita voi [tilata](#) maksutta toimistostamme ja ne ovat luettavissa myös Internetissä:

<http://www2.stakes.fi/finohta/>.

[Copyright](#) © 1997 FinOHTA / STAKES. All rights reserved.